FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

ANNÉE 1967 — N° 30

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

CHAUDRE-LESOEUR Pierre

Né le 5 Août 1939, à PARIS - 9e (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 9 NOV. 1967

TITRE :

LE DEVENIR DES SIGMOIDITES DIVERTICULAIRES OPÉRÉES PAR RÉSECTION

(A propos de 18 cas)

Président de Thèse :

M. le Professeur P. VIALLE

Membres du Jury :

M. le Professeur J. BERTRAND
M. le Professeur J. BRIZON
M. le Professeur J. VANDOOREN

Imp. A. COLLINET
38, Rue Champoiseau
TOURS — 1967

29 - Pays-Bas
Leyde

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Année 1967 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

---

par

CHAUDRE-LESOEUR Pierre

né le 5 Août 1939 à Paris 9ème (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

LE DEVENIR DES SIGMOIDITES DIVERTICULAIRES OPEREES PAR RESECTION
(A propos de 18 cas)

Président de Thèse : Mr le Professeur VIALLE

Membres : Mr le Professeur BERTRAND

Mr le Professeur BRIZON

Mr le Professeur VANDOOREN

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Doyen : Professeur G. DESBUQUOIS
Assesseur : Professeur M.A. DURAND
Secrétaire : Monsieur J. GANNIER

Doyen Honoraire : Professeur E. ARON

- PROFESSEURS HONORAIRES -

BONNIN - DENOYELLE - FROMENTY - GAUDEAU - HUC -
LETELLIER - MERCIER - PAULIN -

- PROFESSEURS TITULAIRES -

ARDOUIN Paul . . . . . Oto-Rhino-Laryngologie
ARNAUD Robert . . . . . Bactériologie
ARON Emile. . . . . Clinique Médicale
BARRE Maurice . . . . . Chimie Pharmacie
BOULARD Pierre . . . . . Hygiène et Hydrologie
BROCHIER Mireille . . . . . Séméiologie Médicale
COMBESCOT Charles . . . . . Zoologie et Parasitologie
CROUZAT-REYNES Gérard . . . . . Physique Pharmaceutique
DESBUQUOIS Georges . . . . . Clinique Médicale Infantile
DURAND Marc . . . . . Matière Médicale
GARESTIER Raymond . . . . . Botanique et Biologie Végétale
GAUTIER Jacques . . . . . Thérapeutique
GOUAZE André . . . . . Anatomie
GRECO Jean-Marie . . . . . Séméiologie Chirurgicale
HUSSENSTEIN Jean . . . . . Clinique Chirurgicale Orthopédique
JOBARD Pierre . . . . . Anatomie Pathologique
LARMANDE Aimé . . . . . Ophtalmologie
LIEFFRING Jean-Jacques . . . . . Technique Opératoire

MAILLET Marc . . . . . Histologie

RAYNAUD Robert . . . . . Pathologie Médicale

RENOUX Gérard . . . . . Immunologie

RICHARD Auguste . . . . . Clinique Obstétricale et Gynécologique

ROUZAUD Marcel . . . . . Clinique Neuro-Psychiatrique

THOUVENOT Joseph . . . . . Physiologie

VACHER Jean . . . . . Médecine du Travail et Réadaptation

VANDOOREN Michel . . . . . Pathologie Chirurgicale

VIALARD-GOUDOU Abel . . . . . Pharmacie Galénique

VIALLE Pierre . . . . . Clinique Chirurgicale

WEILL Jacques . . . . . Chimie Biologique

- PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

COMBE Paul . . . . . Pédiatrie

VARGUES Robert . . . . . Bactériologie

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

CASTAING Jean . . . . . Orthopédie

Mme FOUSSARD Odette . . . . . Pharmacodynamie

Mle HALOT Denise . . . . . Chimie Analytique

NEEL Jean-Louis . . . . . Pathologie Expérimentale

SIZARET Pierre . . . . . Neuro-Psychiatrie

SOUTOUL Jean . . . . . Anatomie Organogénèse

- MAITRES DE CONFERENCES ET AGREGES -

BERTRAND Jean . . . . . Médecine Générale

BRIZON Jacques . . . . . Urologie

ECARLAT Bernard . . . . . Electro-Radiologie

FABIANI Paul . . . . . Toxicologie

GLORION Bernard . . . . . Chirurgie Générale

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549627_0008

LANFRANCHI Paul . . . . . .Médecine Générale

LE CHEVALLIER Paul . . . . . .Rhumatologie

LEROUX Maurice . . . . . Hématologie

MICHEL Jean . . . . . Electro-Radiologie

MORAND Philippe . . . . . Médecine Générale

MOURAY Henri . . . . . Biochimie

NIVIERE Pierre . . . . . Chimie Pharmacie

QUERE Maurice . . . . . Ophtalmologie

WINCKLER Claude . . . . . Anesthésiologie

- FAISANT FONCTION D'AGREGE -

GIROUD Jean-Paul . . . . . Pharmacologie

de HEAULME Michel . . . . . Physique Médicale

de LAUTURE Hervé . . . . . Hygiène

LUTHIER Jean . . . . . Médecine Légale et Sociale

THARANNE Michel . . . . . Histologie

- CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES -

BOISRAME Maurice . . . . . Obstétrique

BOISRAME Raymond . . . . . Stomatologie

FRANCOIS André . . . . . Dermatologie

Mme PASTY Denise . . . . . Cryptogamie

A mon Père

A ma Mère

qui, par leurs sacrifices, m'ont permis de faire mes études, en témoignage de la profonde affection que je leur porte.

A ma Fiancée

A mon Grand-Père

A toute ma Famille

A tous mes Amis

A Notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur VIALLE

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse,
qu'il trouve ici l'expression de
notre respectueuse reconnaissance.

A Nos Juges,

Monsieur le Professeur BERTRAND,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et que nous remercions d'avoir bien voulu nous aider dans sa réalisation avec gentillesse et sollicitude,

qu'il trouve ici, avec l'assurance de notre admiration respectueuse, l'expression d'une profonde gratitude et d'un attachement reconnaissant.

Monsieur le Professeur BRIZON

Monsieur le Professeur VANDOOREN

Hommages respectueux.

LE DEVENIR DES SIGMOIDITES DIVERTICULAIRES OPEREES PAR RESECTION

(A propos de 18 cas)

P L A N

Pages

Introduction 1
Chapitre I - Matériel de Travail 5
Chapitre II - Observations résumées 11
Chapitre III - Résultats 45
Chapitre IV - Commentaires 54
Conclusions 61
Bibliographie 63

T A B L E A U X

Tableau n°1 - Age des malades lors de l'intervention (résection) 6
Tableau n°2 - Etudes des résections 7
Tableau n°3 - Matériel de Travail et résultats résumées 9
Tableau n°4 - Résultats cliniques 45
Tableau n°5 - Contrôles radiologiques post-opératoires 51
Tableau n°6 - Etude comparée du nombre d'interventions en fonction de l'ancienneté des antécédents 56

I N D R O D U C T I O N

La somme des travaux et publications consacrés à l'étude du traitement chirurgical des sigmoïdites est vraiment très impressionnante. Un élément de base important à cet égard est le rapport très complet présenté par E. HENRY et G. EDELMANN au Congrès de Chirurgie de 1962.

Les principes de ce traitement sont actuellement assez bien codifiés. Il n'en reste pas moins que le chirurgien se trouve en général placé devant des cas qui nécessitent bien souvent pour chacun d'eux une décision originale et parfois difficile à prendre.

De même, le devenir de ces malades a fait l'objet de plusieurs publications : J. LEPERE rapporte que, sur 13 colectomies, il y eut 13 guérisons. Sur 40 colectomies pratiquées par E.W. JEW Jr et S.P. MARBISON, il y eut 31 guérisons; 2 malades décédérent dans les suites opératoires; 3 autres se plaignaient de vagues douleurs abdominales; les 4 derniers furent perdus de vue. SMITHWICK (cité par E. HENRY et G. EDELMANN) comptait 76, 1% de guérisons sur 109 résections. Sur 141 résections pratiquées par WELCH, ALLEN et DONALDSON, il y eut 3 décès et 3 récidives. Enfin, sur les 237 observations rassemblées dans leur rapport, E. HENRY et G. EDELMANN ont observé 14 décès, 1 sténose progressive de l'anastomose, 6 occlusions du grêle et 6 récidives.

Tous ces travaux, pour importants qu'ils aient été, n'ont en fait que peu envisagé le devenir des diverticulaires après résection sigmoïdienne. Ils ne font guére que citer les complications qui ont été plus ou moins tardivement observées. Ils ne font pratiquement pas mention des troubles persistant après colectomie segmentaire.

Or, il est un point qui est essentiel du point de vue de la technique chirurgicale : c'est l'importance qu'il faut donner à la

résection. Celle-ci est fonction de deux facteurs :

- Le premier est le doute que le chirurgien peut avoir vis à vis de la nature de la lésion qu'il découvre. On sait que dans un certain nombre de cas, il est entrêmenet difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer la nature bénigne ou maligne de celle-ci. Dans ce cas, il recourra volontiers à une intervention élargie, à visée carcinologique.

Dans le cas où la lésion lui paraît, sans doute possible, être de nature inflammatoire et bénigne, lorsque par ailleurs les conditions sont réunies pour permettre une résection, il peut se poser la question de savoir où doit porter en amont la résection. Cela est facile lorsque les diverticules sont strictement localisés au sigmoïde. Cela peut être beaucoup plus délicat à resoudre si les diverticules sont multiples et remontent haut sur le colon gauche.

Le chirurgien doit-il réséquer la portion manifestement pathologique ou bien doit-il faire remonter beaucoup plus haut le trait de section ?

C'est un peu dans cette optique que nous avons conçu ce travail en étudiant le devenir de 18 malades opérés de sigmoïdite diverticulaire par résection sigmoïdienne plus ou moins étendue.

Ce matériel de travail nous a été fourni par notre Maître le Professeur Agrégé J. BERTRAND. Quelques observations nous ont été d'autre part fournies par le Docteur B. ROY que nous tenons à remercier.

Le nombre relativement restreint des cas peut paraître modeste. Mais, en France du moins, les sigmoïdites diverticulaires qui font l'objet d'une résection chirurgicale sont peu nombreuses. Il y aurait beaucoup à dire d'ailleurs, et on n'y a pas manqué, sur ces malades qui sont souvent opérés trop tard, et, chez lesquels, les temps chirurgicaux sont souvent été multiples. Cette rareté relative des cas chirurgicaux transparaît dans le Rapport si documenté de E. HENRY et G. EDELMANN : ces auteurs ont colligé 403 cas de sigmoïdites opérées,

dont 273 ont comporté des résections. Ce matériel de travail provient de 58 chirurgiens; en d'autres termes chaque chirurgien avait à son actif 5 colectomies en moyenne seulement.

Pour notre part, notre travail comportera non seulement l'étude de la surveillance clinique des malades opérés, mais aussi, pour la plupart, celle de leur surveillance radiologique, ce qui nous a paru important pour comprendre leur devenir et ce qui, d'autre part, n'a pratiquement été l'objet d'aucune étude détaillée dans la littérature.

C H A P I T R E - I

Matériel de Travail

Notre travail est basé sur l'étude de 18 cas de sigmoïdite diverticulaire dont la cure chirurgicale a comporté une résection intestinale.

I - SEXE :

Ces 18 malades comprennent 10 hommes et 8 femmes.

II - AGE :

Les âges extrêmes furent, au moment de l'intervention, 31 et 77 ans. Ils sont consignés par tranche d'âge dans le tableau n° 1.

AGES	NOMBRE DE CAS	N° des OBSERVATIONS
30-39	1	1
40-49	1	8
50-59	6	5, 9, 10, 11, 12, 16
60-69	6	4, 6, 7, 13, 14, 18
70-79	4	2, 3, 15, 17

Tableau n°1 : âge des malades lors de l'intervention (résection)

On voit ainsi que 6 de nos malades sur 18, soit exactement le tiers étaient âgés de 50 à 59 ans et que 6 autres étaient âgés de 60 à 69 ans.

Au total, 16 malades sur 18 étaient âgés d'au moins 50 ans.

III - MODALITES D'INTERVENTION :

1°) Tous nos malades ont subi une résection du sigmoïde :

Mais, dans le détail :

- 6 ont subi une résection idéale en un temps (observations 5, 6, 9, 10, 11, 15).
- les 12 autres ont subi des interventions multiples. Notons, tout de suite, que la résection a été possible dès la première intervention dans 8 de ces 12 cas; dans les 4 autres, ont mit en place un anus temporaire, associé ou non à un drainage.

2°) L'étendue de la résection n'a été précisée que dans 14 de nos 18 cas. Les chiffres extrêmes furent 12 et 40 cm.

Les longueurs de résection sont consignées dans le tableau n° 2.

LONGUEUR DE RESECTIONS	NOMBRE DE CAS	N° des OBSERVATIONS
12 - 15 cm	2	1, 6
16 - 20 cm	6	2, 8, 9, 10, 11, 13
21 - 25 cm	4	4, 14, 16, 18
plus de 25 cm	2	3, 7

Tableau n°2 :

Etendues des résections

Ainsi dans 10 cas sur 14, la résection a porté sur des longueurs comprises entre 16 et 25 cm.

IV - ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Toutes les pièces opératoires de ce matériel de travail ont été étudiées du point de vue anatomo-pathologique, de façon à préciser les lésions et aussi à éliminer toute lésion cancéreuse.

V - TEMPS DE SURVEILLANCE :

Le temps de surveillance après la résection pour sigmoïdite diverticulaire a été très variable selon les cas :

- moins d'un an dans 4 cas (observations 2, 8, 12, 13)
- de 1 à 2 ans dans 8 cas (observations 5, 7, 8, 9, 11, 15, 17, 18)
- de 3 ans et plus dans 6 cas (observations 1, 3, 4, 10, 14, 16)

Le laps de temps le plus long fut 10 ans (observation 1).

Pendant ces périodes variables, la plupart de nos malades furent l'objet d'une surveillance à la fois clinique et radiologique. En effet, dans tous les cas, sauf cinq (observations 2, 15,16, 17, 18), un ou plusieurs lavements barytés ont permis de fixer sur des clichés l'état du cadre colique.

L'ensemble de ces constatations a été consigné dans le tableau n° 3.

TABLEAU N°3 - MATERIEL

N°	NOM	SEXE	AGE	MOTIFS D'INTERVENTION	INTERVENTIONS CHIRURGICALE
1	HAL	M	3[illegible]	Abcès péridiverticulaire	1-Drainage + anus coecal 2-Résection + anus colique dro 3-Fermeture anus droit
2	PIC	M	7[illegible]	Subocclusion	1-Résection 2-Anus gauche
3	[illegible]	F	73	Subocclusion	1-Anus sigmoïdien 2-Résection
4	ARA	F	2[illegible]	Poussées fébriles et douloureuses de diverticulite	1-Résection + anus gauche
5	[illegible]	M	52	Occlusion	Résection
6	PER	M	6[illegible]	Subocclusion	Résection
7	DAR	F	[illegible]	Troubles subocclusifs	1-Anus iliaque gauche 2-Résection
8	TAR	F	[illegible]	Syndrome sigmoïdien	1-Résection + anus transverse 2-Fermeture anus transverse
9	[illegible]	F	35	Sigmoïdite à tendance [illegible]	Résection
10	FAI	M	2[illegible]	Poussées de douleurs et de constipation	Résection
11	SIR	M	[illegible]	Poussées fébriles et douloureuses de diverticulite	Résection
12	[illegible]	M	[illegible]	Sigmoïdite suppurée	1-Résection + anus transverse 2-Fermeture de l'anus
13	BRI	F	[illegible]	Sigmoïdite suppurée	1-Drainage 2-Résection
14	[illegible]	F	[illegible]	Douleurs pelviennes	1-Résection + anus droit 2-Fermeture anus
15	[illegible]	F	77	Subocclusion	Résection
16	[illegible]	M	5[illegible]	Syndrome perforatif	1Extériorisation + anus gauch 2-Résection
17	[illegible]	M	71	Abcès pelvien	1-Résection + anus gauche 2-Fermeture anus gauche
18	[illegible]	F	[illegible]	Cholécystite	1-Résection + anus transverse 2-Fermeture anus ♀ cholécysté tomie

TRAVAIL ET RESULTATS RESUMES

LONGUEUR DE RESECTION	TEMPS DE SURVEILLANCE	EVOLUTION CLINIQUE	PERSISTANCE OU REAPPARITION DIVERTICULES	DIVERS
12 cm	10 cm	amélioration ++	+	tuberculose pulmonaire à 24 an
20 cm	3 semaines	[illegible]		
33 cm	7 m	Subocclusion passagère 4 ans plus tard	+	Lithiase vésiculaire
22 cm	6 ans	Poussée fébrile + récidive 3 ans plus tard	+	
?	18 mois	Très favorable	+	
15 cm	9 mois	Quelques troubles du transit	0	Eventration de la cicatrice
40 cm	2 ans	1 poussée subocclusive persistance des douleurs	+	
16 cm	15 mois	Favorable	0	ulcère du bord polype rectosigmoïdien.
18 6m	15 mois	Favorable	0	
20 cm	3 ans	Favoralbe	0	
20 cm	2 ans	Favorable	0	
?	8 mois	Favorable	+	
20 cm	5 mois	Favorable	-	Triade de Baint
21 cm	5 ans	Favorable	-	
?	2 ans	Favorable	?	
25 cm	3 ans	Favorable	?	
?	1 an	Favorable	?	
23 cm	2 ans	Favorable	?	

C H A P I T R E - II

Observations résumées

OBSERVATION N°1 : M. Hal.. Victor, 29 ans.

Parmi les antécédents de ce malade, on note à l'âge de 20 ans, un épisode dysentériforme non contrôlé par le laboratoire; à 21 ans, un ictère infectieux; à 24 ans, une tuberculose pulmonaire gauche excavée, actuellement guérie. Depuis son enfance, il émet en moyenne 3 selles par jour.

C'est en Juin 1956, alors qu'il est âgé de 29 ans, qu'il consulte pour la première fois pour une diarrhée importante (10 selles par jour, contenant des glaires), accompagnée d'un état subfébrile et de douleurs coliques gauches. Sur les clichés, tirés après lavement baryté, on constate la présence d'une image marécageuse du colon iliaque, très inquiétante, avec réaction spasmodique très importante de l'ensemble du cadre colique; on ne voit aucune image diverticulaire. On conseille un traitement par antibiotiques étantispasmodiques.

Ce malade est revu un mois plus tard (juillet 1956). L'amélioration clinique et radiologique est manifeste; il persiste cependant une réaction inflammatoire importante et spasmodique nette du colon iliaque.

En Octobre 1956, les douleurs réapparaissent. Un lavement baryté montre que les lésions restent stationnaires. On reprend le traitement antibiotique et, jusqu'au mois de Janvier 1957, une certaine amélioration est enregistrée, bien qu'une image de diverticule apparaisse sur la partie haute du sigmoïde.

Le malade est suivi jusqu'en Juin 1958 : l'état général et abdominal continue à s'améliorer; mais sur des clichés tirés après lavements barytés régulièrement pratiqués, on voit apparaître deux

petits diverticules sigmoïdiens.

Or, en Août 1958, le malade fait une grande crise de douleurs iliaques gauches, accompagnée de fièvre et de phénomènes de subocclusion. On sent au palper une tumeur inflammatoire dans la fosse iliaque gauche.

Notre malade est confié au Professeur P. Vialle qui pratique l'évacuation d'un abcès péri-sigmoïdien et un anus coecal. Les suites opératoires s'effectuent sans incidents. Deux mois et demus plus tard, on pratique une résection segmentaire gauche. L'anus coecal s'étant prématurméne refermé, on termine l'intervention par un anus sur baguette au niveau de l'angle colique droit. La longueur de la résection a été de 12 cm. L'examen histologique n'a pas parmis de retrouver de formations diverticulaires.

Fin novembre 1958, un lavement baryté ne montre aucune image anormale.

En décembre 1958, fermeture de l'anus droit.

Le malade est revu en Février 1959. Il se plaint encore de quelques douleurs iliaques gauche, il note une certaine tendance à la diarrhée. Mais son état général s'est nettement amélioré et il se déclare satisfait de l'intervention. Sur les clichés, il persiste une image de spasme au niveau de la résection et l'on voit apparaître en amont de celle-ci , sur le colon gauche, deux toutes petites images diverticulaires.

Jusqu'en 1963, l'état général s'améliore encore; trois cures à Plombières ont été bénéfiques. Il faut noter une éventration partielle de la cicatrice droite.

En Mars 1965, l'état général reste satisfaisant, les spasmes douloureux de la fosse iliaque gauche s'estompent. Le transit est à peu près normal, encore que les selles soient souvent pâteuses. Les émotions

déclenchent une poussée de diarrhée. Après lavement baryté, on constate toujours un état spasmodique du colon iliaque. Il existe maintenant, en plus du petit diverticule iliaque, deux ou trois petits diverticules sur le colon gauche.

Il est revu en Mars 1967. Son état général reste excellent. Il n'y a pratiquement plus aucun phénomène douloureux. Le malade émet deux selles molles par jour. L'éventration iliaque droite s'est agrandie et impose une réfection de la paroi.

En résumé : diverticule sigmoïdo-iliaque chez un sujet jeune. Un abcès péri-diverticulaire necessite son drainage. Résection dans un second plan. Persistance de quelques troubles intestinaux mineurs. Temps de surveillance : 9 ans.

OBSERVATION N°2 : M. PIC ... Auguste, 70 ans.

Ce malade consulte en Avril 1963 pour une diarrhée persistante, évoluant depuis 3 mois. Son état général est assez médiocre. Il n'a aucun trouble digestif dans ses antécédents. Il a contracté une pneumonie à l'âge de 40 ans. C'est d'autre part un grand rhumatisant, affligé d'une scoliose très importante.

Cette diarrhée est caractérisée par l'émission de 4 à 5 selles par jour; il existe des fausses envies et des rectorragies, une sensation de pesanteur abdominale sans douleurs vraies, accompagnée de météroisme et de borborygmes.

A l'examen, l'abdomen est moyennement météorisé. On ne perçoit aucune masse, pas de point douloureux. Par ailleurs, il existe des oedèmes importants des membres inférieux en rapport avec une insuffisance cardiaque.

Le lavement baryté montre que le liquide de contraste est arrêté au niveau de la partie moyenne du sigmoïde où se déssine une image irrégulière d'amputation. Aucun diverticule n'est visible. Le diagnostic alors porté est celui de cancer sténosant du sigmoïde.

Le 5 Mai 1963, le malade est opéré et l'on pratique une résection intestinale d'une vingtaine de centimètres de longueur, avec anastomose termino-terminale en un plan.

L'examen histologique conclut à une diverticulite sigmoïdienne. Aucun signe de malignité n'a été mis en évidence.

Dans les jours qui suivent l'intervention apparaît une diarrhée qui ne cède qu'aux corticoïdes. Il fait alors une nécrose du sphincter

anal qui oblige à pratiquer l'ouverture d'un anus gauche.

L'état général ne fait qu'empirer et le malade décéde 3 semaines après l'opération.

Au total, sténose sigmoïdienne due à une diverticulite. Résection. Sujet insuffisant cardio-respiratoire. Décès 3 semaines après intervention.

OBSERVATION N° 3 : Mme CRO... Andrée, 71 ans.

Cette malade consulte pour la première fois, en 1957, pour une constipation remontant à l'enfance et qui s'est aggravée depuis quelques mois, malgré l'utilisation de nombreux laxatifs. Il s'agit d'une constipation isolée: pas de douleurs abdominales, pas d'amaigrissement.

Antécédents chirurgicaux : hystérectomie.

L'examen clinique ne décèle rien d'autre qu'une cystocèle banale.

Un lavement baryté alors pratiqué montre un allongement notable du colon gauche; tous les segments coliques sont le siège de nombreuxes images diverticulaires. On constate aussi la présence d'une lithiase vésiculaire.

Sous l'effet d'un traitement banal, notre malade se porte à peu près bien jusqu'au mois de mars 1959. C'est alors que la constipation réapparaît; celle-ci ne cède pas aux laxatifs que la malade utilise à nouveau. D'autre part, des douleurs abdominales sont apparues, ainsi qu'un ballonnement évoquant une sub-occlusion.

On intervient le 28 Mars 1959 (Pr Agrégé J. Brizon) par médiane sous-ombilicale : il existe un peu de pus dans la grande cavité péritonéale; le péritoine est très rouge, inflammatoire. Il existe au niveau du sigmoïde une grosse masse inflammatoire, entourée de fausses membranes, avec une perforation couverte à droite de la masse. On établit un anus sur la partie haute du sigmoïde et on isole la masse sigmoïdienne par trois lames de caoutchouc et par une mèche qui sortent par la partie inférieure de l'incision.

Il se créera dans les jours qui suivent cette intervention, une fistule sigmoïdienne.

Cette malade restera longtemps fatiguée et le second temps opératoire ne sera pratiqué que le 17 Octobre 1959 : incision du flanc gauche passant entre l'anus et la fistule. Après libération des adhérences et de la fistule (ce qui nécessite une résection de 10 cm du transverse), on sectionne en bas le colon sigmoïde à 10 cm environ au-dessus du Douglas, en zone saine, ne contenant pas de diverticules et en haut juste au-dessus de l'anus gauche qui est enlevé avec le sigmoïde. Anastomose termino-terminale en 2 plans.

La longueur de résection fut de 33 cm. L'examen histologique confirma qu'il s'agissait d'une diverticulite et qu'aucune image maligne n'existait.

Cette malade est revue en Février 1960, soit 4 mois après l'intervention : l'état général s'est amélioré, elle a repris 4 kg. Les douleurs abdominales et la constipation ont disparu.

A l'examen, on constate une éventration de sa cicatrice et une petite fistulette due à un fil mal toléré.

Revue le 20 Juin 1960, on constate que l'état général de cette malade est excellent. Elle n'est toujours pas constipée. Un lavement baryté de contrôle montre une bonne progression de la baryte; la région sigmoïdienne est normale, il ne persiste aucune trace de la résection, aucune image diverticulaire à ce niveau, aucune image inflammatoire. On note la présence de quelques images diverticulaires sur l'angle colique droit.

Alors qu'elle allait très bien jusque là, elle est réhospitalisée en Août 1965 pour un épisode subocclusif peu important, qui réagit vite et bien à un traitement médical banal. Elle allait toujours

bien en Décembre 1966.

Au total, diverticulose colique généralisée, avec diverticulite sigmoïdienne à forme obstructive : anus gauche; dans un 2ème temps, résection. Cinq ans plus tard, épisode subobstructif régressif, probablement dû à des adhérences post-opératoires. Excellent résultat dans l'ensemble. Temps de surveillance : 8 ans.

OBSERVATION N°4 : Mme BRA..., 66 ans.

Ovariectomie gauche et ablation d'un fibrome à 42 ans; hystérectomie et appendicectomie à 52 ans.

En Mars 1960 (66 ans), elle consulte pour des douleurs de la fosse iliaque gauche. Ces douleurs remontent à une vingtaine d'années et évoluent par poussées, s'accompagnant d'une sensation de blocage de gaz. Mais, cette fois, la poussée n'a pas cédé spontanément comme auparavent et elle s'accompagne d'une fièvre à 38°5; les selles sont rubannées et la malade accuse une sensation d'exonérations incomplètes. Pas de glaires, ni de sang dans les matières. A l'examen, on note une douleur sus-pubienne.

Un lavement baryté, dont la progression est normale, montre la présence de nombreux diverticules sur le sigmoïde qui est le siège d'une réaction inflammatoire importante. Un élément diverticulaire siège sur la partie haute du colon iliaque.

On institue un traitement comprenant sulfamides et bismuth.

Un mois plus tard (Avril 1960), les douleurs persistents. Le traitement n'a amené que peu d'amélioration.

On conseille alors l'intervention, après une cure de chloramphénicol et de bismuth.

Celle-ci, pratiquée en Juin 1960 (Dr B. Roy) consiste en une colectomie sigmoïdienne de 22 cm, avec colostomie en amont qui sera fermée 5 mois plus tard.

L'examen histologique confirme qu'il s'agit bien d'une sigmoïdite et qu'il n'y a aucune lésion maligne.

Pendant trois ans, cette malade va bien, les douleurs ont disparu.

En Octobre 1963, soit 3 ans après l'intervention, elle consulte à nouveau en raison de la survenue d'une poussée fébrile à 39°5, avec météorisme et constipation.

Un examen radiologique montre qu'il persiste un ou deux diverticules dans la région sigmoïdo-iliaque. Aucune image de sténose n'est visible au niveau de la résection. Cet épisode se résout rapidement avec un traitement banal.

Revue en Mars 1966, elle va très bien. Elle se plaint cependant de quelques difficultés d'exonération. L'examen clinique est négatif. Pas d'éventration. Un nouveau lavement baryté montre la présence de deux petits diverticules sigmoïdo-iliaques.

Au total : sigmoïdite diverticulaire. Résection avec colostanie. Fermeture de l'anus 5 mois plus tard. Bons résultats. Trois ans plus tard, épisode aigu, avec fièvre et météorisme, vite régressif. Temps de surveillance 6 ans.

OBSERVATION N°5 : Monsieur CLE... Georges, 52 ans.

Appendicectomie à l'âge de 30 ans.

Le 10 Décembre 1964 (51 ans), à la suite d'un accident de voiture, on pratique une splénectomie; au cours de cette intervention, on constitue la présence d'une masse intestinale qu'on ne peut identifier et à laquelle on ne touche pas.

Le 19 Janvier 1965, soit un mois après la splénectomie, le malade fait une occlusion intestinale pour laquelle on intervient; on constate qu'elle est dûe à une sigmoïdite : après médiane sous-ombilicale, on tombe sur un magna d'anses grêles qu'on libère partiellement. L'anse sigmoïde est noyée dans une mésentérite très importante (4 cm d'épaisseur). En libérant le sigmoïde, on rentre dans une perforation. On fait une résection avec anastomose termino-terminale en deux plans. L'histologie confirme le diagnostic de sigmoïdite, par places même aiguë, sans aucun signe de malignité.

Le malade est revu le 3 mars 1965, soit 6 mois après cette intervention. L'état général est très satisfaisant; il a repris 4 kg, pas de douleurs abdominales, selles normales. Les cicatrices abdominales sont normales. Un lavement baryté montre que la zone d'anastomose a un aspect inflammatoire, immédiatement en amont se déssine une petite image diverticulaire.

Au mois de Juillet 1966, soit 18 mois après la résection, il va toujours très bien,il a repris son poids normal, il n'a aucune douleur abdominale et les selles sont normales. Il a repris ses occupations de garagiste.

Au total : syndrome occlusif aigu dû à une sigmoïdite diverticulaire. Résection idéale en un temps. Aucune séquelle. Guérison totale. Temps de surveillance : 18 mois.

OBSERVATION N°6 : M. PER... Maurice, 65 ans.

Le malade consulte pour la première fois en Mars 1962 pour une constipation dont le début remonte à une dizaine d'années et qui s'est aggravée récemment, malgré les nombreux laxatifs qu'il a utilisés. Il se plaint aussi d'un gonglement abdominal post-prandial. Il ne souffre pas, il n'a pas maigri.

L'examen clinique ne relève rien d'autre qu'une grosse prostate au toucher rectal.

Le lavement baryté, alors pratiqué progresse normalement, mais le sigmoïde est le siège de nombreuses images diverticulaires et d'une réaction inflammatoire importante.

Après une amélioration légère, le malade présente, au début du mois de Juin 1962, un épisode sub-occlusif. L'intervention (Dr J. Billard) consiste en une résection de 15 cm environ, avec suture colo-colique termino-terminale. L'examen histologique confirme qu'il s'agit bien d'une sigmoïdite, sans lésions de malignité.

Les suites opératoires immédiates sont grevées d'une éventration de la totalité de la cicatrice qui est refaite en novombre 1962, à l'occasion de l'ablation de l'adénome prostatique.

Revu en Février 1963, ce malade accuse encore des troubles digestifs, mais ils sont peu importants : émission de selles répétées, peu abondantes, rubannées, avec sensation d'éxonérations incomplètes, pas de douleurs abdominales; gêne et gonflements fréquents de l'épigaste.

Il a légèrement maigri. La cicatrice opératoire est à nouveau le siège d'une éventration importante. Le lavement baryté ne montre plus aucun diverticule, mais il existe des images de colite spasmodique gauche.

Au total : sigmoïdite diverticulaire ayant provoqué une subocclusion. Résection. Eventration post-opératoire récidivé. Evolution favorable avec peu de troubles intestinaux résiduels. Temps de surveillance après résection : 9 mois.

OBSERVATION N°7 : Mme DAR... Emilienne 60 ans.

Malade ayant présenté une diverticulose colique avec des troubles d'allure subobstructive de plus en plus importante. Après un premier temps consistant en une colostomie gauche on pratique, le 26 Novembre 1963, une colectomie gauche emportant l'anus gauche, 10 cm d'intestin en amont de cet anus et 30 cm en dessous, avec suture termino-terminale. L'examen histologique confirme le diagnostic de sigmoïdite et l'absence de toute lésion maligne.

Quelques mois plus tard, la malade est à nouveau hospitalisée pour subocclusion. Le lavement baryté montre un aspect de sténose partielle de la suture, mais il n'a pas été nécessaire de réintervenir.

En Juin 1965, soit deux ans environ après la résection, elle consulte pour des douleurs importantes de la fosse iliaque gauche, de la constipation, des troubles urinaires mineurs. Pas de fievre, état général satisfaisant. L'abdomen est météorisé, il n'existe pas de points douloureux.

Le lavement baryté, alors pratiqué, progresse normalement, on note au niveau de la zone de résection, deux images diverticulaires.

En Décembre 1965, cette malade n'est pas améliorée : elle souffre encore, l'abdomen est toujours météorisé et la constipation persiste.

En Janvier 1966, une amélioration est enfin notée, peut-être passagère. De nouveaux clichés remontrent la persistance de deux diverticules sur le colon iliaque. La malade a été perdue de vue depuis.

Au total : diverticulose sigmoïdienne ayant entraînée des troubles subobstructifs. Anus gauche. Puis résection. Persistance de douleurs abdominales. Temps de surveillance : 2 ans.

OBSERVATION N°8 : M. HAR... Gaston, 46 ans.

Malade porteur d'un ulcère duodénal dont la première poussée eu lieu à 39 ans, nouvelle poussée en 1963 (44 ans), deux poussées en 1964.

Il avait fait une poussée de sigmoïdite à l'âge de 20 ans.

En Octobre 1963, ce malade présente une rectorragie isolée de sang rouge vif qui entraîne l'hospitalisation. Un lavement baryté permet alors d'objection la présence de quelques images irrégulières de la charnière recto-sigmoïdienne. Rectoscopie négative. Il est revu un mois plus tard (Novembre 1964); après lavement baryté, on note un rétrécissement du bas-sigmoïde et la présence d'une encoche sur le bord gauche de la partie haute du rectum.

Notre malade n'a aucun trouble pendant un an. Il a donc négliché de se faire suivre régulièrement. En Octobre 1965, apparition d'une constipation, d'une sensation d'éxonérations incomplètes, de quelques coliques améliorées par l'expulsion de gaz. Le toucher rectal permet de sentir, sur la face postérieure de la partie haute du rectum, une induration assez large, irrégèlière, dure. La rectoscopie répère, entre 7 et 11 cm, sur la face postérieure, une prolifération plurilobulée, peu élevée, dure et non saignante qu'on peut dépasser vers le haut. Le lavement baryté montre une sténose peu importante de la charnière recto-sigmoïdienne.

Le diagnostic de cander recto-sigmoïdien est posé et l'on conseille l'opération rapide.

L'intervention est pratiquée le 28 Octobre 1965 (Dr B. Roy). Le sigmoïde est complètement fixée à la paroi. Il ne semble pas exister

de processus tumoral, mais un processus fibreux et l'adhérence à la vessie est extrêmement intime. On libère le sigmoïde qui est assez court. Il s'avère que pour rétablir la continuité, il faut libérer le descendant, fixé également par des adhérences inflammatoires. Au cours de ces manoeuvres, deux diverticules sont ouverts; on les suture.

Il est pratiqué une résection dont le trait inférieur passe au-dessous de la formation polypoïde (pseudo-polype inflammatoire) et dont le trait de section supérieur est situé 16 cm plus haut. On pratique une colostomie transverse sur baguette.

L'examen histologique confirme l'absence de toute lésion maligne.

L'anus transverse est fermé le 20 Janvier 1966. A cette époque, un lavement baryté n'a montré aucune image anormale.

Le malade est revu le 9 Février 1967, soit 15 mois après résection. Il va très bien, il a repris son poids normal. Les selles sont normales et régulières. On note une éventration au niveau de l'ancien anus transverse. De nouveaux clichés montrent des images normales; on ne voit toujours aucune formation diverticulaire.

Au total : diverticulose sigmoïdienne ayant entraîné un syndrome sigmoïdien évocateur de cancer. Résection avec anus transverse secondairement refermé. Résultats excellents. Temps de surveillance : 15 mois.

OBSERVATION N°9 : Mme MOT... Luce, 55 ans.

Cette malade qui n'avait jamais eu de troubles du transit intestinal, présente, en Juillet 1964, une vive douleur de la fosse iliaque gauche, sans fièvre. Depuis, elle se plaint d'être anormalement constipée. Fin Septembre 1964, nouvelle crise douloureuse avec cette fois fièvre à 39°.

Elle est vue, pour la première fois, le 24 Octobre 1964. Elle se plaint d'une constipation persistante, les selles sont peu abondantes, elle a l'impression d'éxonérations incomplètes et accuse un point douloureux de la fosse iliaque gauche.

Un lavement baryté, alors pratiqué, montrent des images de sigmoïdite diverticulaire à tendance sténosante.

On intervient le 16 Novembre 1964 (Pr. Agrégé J. Brizon). Il existe une diverticulose infectée, nous il n'y a pas de cancer. La zone inflammatoire s'étend sur environ 5 cm à la partie moyenne de l'anse sigmoïde; elle s'accompagne d'une légère inflammation du mésocolectomie segmentaire de 18 cm avec rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale en deux plans.

L'examen histologique confirme le diagnostic de sigmoïdite et élimine la possibilité de lésions malignes.

Les suites opératoires sont simples.

Tout va bien pendant un plus d'un an : cette malade n'a aucun trouble et a repris du poids.

En Janvier 1966, elle se plaint d'une douleur de la partie haute de la fosse iliaque gauche, sans troubles du transit.

Un lavement baryté, pratiqué le 9 Février 1966, montre une petite imagination au niveau de la zone de résection, sans retentissement sur la réplétion, si sur l'évacuation du cadre colique. Le colon n'est pas distendu en amont. Il n'y a aucune image diverticulaire visible.

Au total, sigmoïdite à tendante sténosante. Résection. Excellents résultats. Temps de surveillance : 15 mois.

OBSERVATION N°10 : M. FAY... Maurice, 55 ans.

Antécédents tuberculeux chargés : à 20 ans, adénopathie inguinale droite fistulisée, tumeur blanche du genou opérée et pleurésie; à 49 ans, néphrectomie droite pour tuberculose rénale.

Le début des troubles remonte à 1951 (43 ans). La malade présente alors des douleurs de la fosse iliaque gauche. Un lavement baryté permet de conclure à une colite gauche; aucune image diverticulaire n'était visible.

Au début du mois d'Octobre 1963, le malade se plaint de violentes douleurs de la fosse iliaque gauche et d'une recrudescence d'une constipation habituelle. Pas de nausées, pas de fièvre. A l'examen, on constate la présence d'une tuméfaction iliaque gauche qui rétrocède après antibiothérapie.

Un mois plus tard, nouvelle poussée du même type. Le lavement baryté montre alors une diverticule sigmoïdienne et colique gauche à nombreux éléments avec images de sigmoïdite haute.

L'intervention est pratiquée le 26 Novembre 1963 (Pr. Agrégé J. Brizon) : tumeur inflammatoire adhérant à la paroi, située dans la fosse iliaque gauche. Libération de cette tumeur. Abaissement de l'angle gauche du colon et résection segmentaire du colon (20 cm), depuis l'angle gauche jusqu'a 5 cm environ au-dessous de la tumeur. Rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale bord à bord en deux plans.

L'examen histologique confirme le diagnostic de sigmoïdite et ne montre aucun signe de malignité.

Le malade des revu au mois d'Août 1966. L'état général est bon. Il se plaint parfois de quelques douleurs abdominales droites. Les selles sont normales. La cicatrice opératoire est bonne. On pratique alors un lavement baryté qui montre un cadre colique parfaitement normal; pas d'images diverticulaires, pas d'images de spasmes visibles.

Au total : diverticulose sigmoïdienne provoquant des poussées de douleurs et de constipation. Résection. Excellents résultats. Temps de surveillance : 3 ans.

OBSERVATION N°11 : M. SIR..., Armand, 58 ans.

Hernies inguinales opérées à 20 ans et 52 ans.

Au mois de Novembre 1963, le malade se plaint pour la première fois de douleurs abdominales basses, types de crampes intermittentes s'accompagnant de météorisme abdominal.

Elles se sont accompagnées de fièvre à 39° pendant 4 jours. Les troubles ont spontanément disparu. Le lavement baryté montre une importante sigmoïdite diverticulaire.

Le malade est revu en Janvier 1964. Il a présenté depuis le précédent examen deux crises moins violentes. L'abdomen est souvent balloné et il persiste une petite douleur de la fosse iliaque gauche. Un nouveau lavement baryté fournit les mêmes images que le précédent.

On intervient chirurgicalement le 2 Mars 1964 (Pr. Agrégé J. Brizon) : il existe au niveau de l'anse sigmoïde une zone très inflammatoire; la paroi du colon est piquetée, hémorragique sur 10 cm environ. Le méso, très gras, est infiltré et inflammatoire. Résection limitée de 20 cm, environ, portant sur l'anse sigmoïde, en zone saine. Rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale, bord à bord, en deux plans.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'une diverticulose sigmoïdienne et qu'il n'y a aucun signe de malignuité.

Au mois de Juillet 1966, il est en état général, il a repris 9 à 10 kg. Il n'a aucun trouble digestif. Pas d'éventration post-opératoire. Pas d'images diverticulaires résiduelles.

Au total : poussées fébriles et douloureuses de sigmoïdite. Résection. Résultats excellents. Temps de surveillance : 2 ans.

OBSERVATION N° 2 : M. LEn... Louis, 58 ans.

Alors que ce malade n'avait eu strictement aucun trouble digestif, aucun trouble du transit intestinal en particulier, il fait, le 14 Juillet 1966, un syndrome perforatif. Il s'agissait d'une sigmoïdite diverticulaire aiguë qui a évolué en quelques jours, vers la perforation en péritoine cloisonné et la suppuration, malgré un traitement intensif par les antibiotiques. Le 23 Juillet 1966, il est pratiqué une colectomie segmentaire gauche avec anastomose bout-à-bout immédiate et création d'un anus transverse temporaire qui sera refermé le 24 Septembre 1966.

Revu le 22 Mars 1967, ce malade n'a aucun trouble, aucune douleur; ses selles sont normales et régulières; il a repris son poids habituel.

Immédiatement avant l'intervention, un lavement baryté avait montré une image de sigmoïdite, avec oedème important et tendance à la sténose; au sein de cette image inflammatoire, un diverticule était visible; deux petits diverticules existaient en amont.

Un examen de contrôle, pratiqué le 22 Mars 1967, montre une zone de résection parfaitement souple et normale. Aucune image diverticulaire n'est plus visible à ce niveau. Par contre, on note un tout petit diverticule se détachant du bord supérieur de la partie droite du transverse et un autre, du volume d'un noyau de cerise, au niveau de l'angle colique droit.

Au total : perforation sigmoïdienne d'origine diverticulaire avec pérotonite localisée. Colectomie et anastomose immédiate, anus transverse secondairement refermé. Excellent résultat. Temps de surveillance : 8 mois.

OBSERVATION N°13 : Mme BRI... Renée, 66 ans.

Antécédents chirurgicaux chargés : prolapsus utérin opéré à 48 ans, réopéré 18 mois plus tard; à 60 ans, cholécystectomie pour lithiase, cure d'une hernie hiatale et appendicectomie, dans le même temps opératoire.

En Septembre 1964 (64 ans), abcès périsigmoïdien qu'on draîne chirurgicalement. A l'époque, les clichés montraient une sigmoïdite diverticulaire à très nombreux éléments ainsi qu'un diverticule sur le colon transverse images radiologiques confirmées par un lavement baryté pratiqué en 1966.

Vue le 5 Novembre 1966, elle se plaint d'une constipation opiniâtre qu'elle a depuis de nombreuses années et qu'elle traite par des laxatfis, ainsi que de douleurs iliaques gauches, peu importantes, celle-ci apparues un mois auparavant.

Le 26 Novembre 1966, on réintervient (Dr Doyen) : diverticulose segmentaire du colon gauche intéressant la totalité de l'anse sigmoïde et s'étant antérieurement compliquée d'un abcès. Après libération des adhérences, résection sigmoïdienne sacrifiant à peu près 20 cm de colon, depuis 5 cm environ au-dessus du fond de Douglas jusqu'au colon iliaque; anastomose termino-termihale en un plan extra-muqueux. Les suites opératoires seront grevées d'un abcès de la paroi qui s'arrangera sous Propidon.

Revue le 24 Avril 1967, elle va bien. Mais elle reste toujours constipée et continue à utiliser des laxatfis qui provoquent de la diarrhée; elle se plaint aussi de quelques douleurs du flanc gauche, dont l'origine semble être en partie pariétale.

On conseille la suppression des laxatifs qu'on remplace par du Transitol : ce produit suffit à assurer une selle quotidienne.

Le 5 Mai 1967, soit 5 mois après la résection colique, un lavement baryté de contrôle montre une zone d'anastomose normale; on constate la présence d'un diverticule sur le colon gauche et de plusieurs images diverticulaires sur le colon droit.

Au total : abcès périsigmoïdien d'origine diverticulaire. Drainage. Puis colectomie segmentaire. Persistance d'une constipation très ancienne, quelques douleurs résiduelles du flanc gauche. Temps de surveillance : 5 mois.

OBSERVATION N°14 : Mme MEU... Jeanne, 64 ans.

(Observation communiquée par le Dr B. Roy).

Vue pour la première fois, le 25 Avril 1956, en raison de douleurs pelviennes et lombaires, accompagnées de pollakuirie. A l'examen, abdomen peu ballonné. Au toucher vaginal, col normal, corps un peu gros; avec, sur la corne gauche, un noyau très sensible.

Intervention le 26 Avril 1956 (Dr B. Roy) : médiane sous-ombilicale; utérus et annexes normaux. A hauteur de la corne gauche, le sigmoïde, truffé de diverticules, est épaissi, infiltré, avec méso court, rétracté et scléro-lipomateux. Après décollement colo-parietal, résection colique de 21 cm, avec ligature de ce segment à l'origine et anastomose colo-colique (1 diverticule juste en amont). On crée une fistule coecale sur sonde de Pezzer.

L'examen anatomo-pathologique montre un colon très rétréci. Le tissu cellulaire péri-colique est induré et épaissi. On observe 4 diverticules (le plus volumineux de 15 mm environ, à collet étroit). Histologiquement, la plupart des diverticules sont limités par une muqueuse intacte; certains cependant sont transformés en abcès torpides péri-coliques, après ulcération de leur muqueuse. C'est autour de ces abcès que se développe l'importante sclérose lardacée, observée macroscopiquement. Pas de signes de malignité.

Revue le 26 Septembre 1961, la malade va bien. Elle ne souffre plus. Son intestin fonctionne normalement.

Au total : sigmoïdite diverticulaire. Résection. Très bons résultats. Temps de surveillance : 5 ans.

OBSERVATION N°15 : Mme MOV... Alice, 77 ans.

(Observation communiquée par le Dr B. Roy).

Entre en clinique le 5 Août 1959 pour un syndrome de subocclusion. On perçoit une masse pelvienne par le toucher pelvien. Cette malade a subi une hystérectomie 25 ans auparavent. Un lavement baryté montre un sigmoïde irrégulier, urité. La rectoscopie ne peut aller au-delà de 25 cm.

Le 17 Août 1959, une intervention est pratiquée (Dr B. Roy) : masse sigmoïdienne inflammatoire qui s'accompagne d'une perforation couverte contre le péritoine postérieur de la fosse iliaque gauche. Colectomie segmentaire avec anastomose termino-terminale. Les suites opératoires sont extrêmement simples.

L'examen anatomo-pathologique (Dr Jobard) montre de très nombreux diverticules, parfois ramifiés, s'imagient au-delà des tuniques musculaires. Aucun signe de malignité.

La malade est revue le 12 Septembre 1961. Elle va très bien. Les troubles ont disparu.

Au total : sigmoïdite diverticulaire à forme sténosante, avec perforation couverte. Colectomie segmentaire. Très bons résultats. Temps de surveillance : 2 ans.

OBSERVATION N°16 : M. BR... Jean, 59 ans.

(Observation communiquée par le Dr B. Roy).

Entre en clinique le 13 Janvier 1964, souffrant de l'abdomen depuis plusieurs jours et brusquement apparaît un syndrome de perforation avec signes généraux et locaux importants.

On porte le diagnostic d'appendicite perforée, vraisemblablement méso-caeliaque.

Intervention le 13 Janvier 1964 (Dr B. Roy).

1°) Incision de Jalaguier. Puis dans l'abdomen. L'appendice est rouge, avec fausses membranes, mais on pense à une lésion de contiguité. Appendicectomie. L'exploration de l'abdomen montre que le pus provient de la région pelvienne, à point de départ vraisemblable du colon sigmoïde accolé à la vessie et porteur de nombreux diverticules; on pense à une perforation diverticulaire.

2°) Médiane sous-ombilicale. Sigmoïde très inflammatoire. Zone d'adhérence vésicale large de 3 cm avec, à ce niveau, perforation du diverticule. Le colon et son méso, enflammés, sont épais comme le poing. Les diverticules s'étendent à tout le sigmoïde et peut être au-delà vers le haut et atteignent en bas le recto-sigmoïde. Il semble dangereux d'envisager une colectomie d'emblée chez le sujet à méso-colon court et par ailleurs très gras. On décide donc d'extérioriser sur baguette la zone enflammée sur la ligne médiane. Après fermeture partielle de la paroi du nylon, on mettra une petite

sonde dans la perforation. Auparavent, par contre-incision iliaque gauche, drainage par mèche du foyer inflammatoire.

Dans les suites opératoires, embolie pulmonaire entrêmement sévère ayant bien réagi à la Thromboclase, puis épanchement pleural.

Le malade quittera la clinique au 41ème jour.

On réintervient le 11 Avril 1964 : incision de Barraya avec fermeture temporaire de l'anus artificiel. Abaissement de l'angle colique gauche. Libération difficile d'adhérences. Résection de 25 cm d'intestion grêle avec rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminales. Section colique à l'union du descendant et du sigmoïde; décollement poussé vers le bas jusqu'au Douglas; section intrapéritonéale du rectum; anastomose colo-rectale. Péritonisation. Drainage avec Redon sous-péritonéale pour aspiration, sortant par contre-incision.

L'examen histologique (Dr Benatre) confirme le diagnostic de diverticulose colique et exclut celui d'un cancer. Longueur de résection colique : 25 cm.

Bonnes suites opératoires.

Le 2 Juin 1967, le malade va très bien, n'a pas de troubles digestifs et, à 63 ans, doit se remarier prochainement avec une femme de 37 ans.

Au total : perforation diverticulaire. Anus temporaire et draînage. Puis colectomie segmentaire. Excellents résultats. Temps de surveillance : 3 ans.

OBSERVATION N°17 : M. BL... Eugène, 71 ans.

(Observation communiquée par le Dr B. Roy).

Entre en clinique le 1er Décembre 1960 pour un syndrome infectieux installée après une crise abdominale de type occlusif. Après toucher rectal qui montre la présence d'une induration douloureuse à bout de doigt, le diagnostic posé est celui d'abcès profond pelvien. Un lavement baryté est impossible en raison de l'incontinence du malade.

Les jours suivants, diarrhée profuse : il s'est vraisamblablement agi de l'évacuation spontané d'une collection suppurée.

Un lavement baryté de contrôle montre un cadre colique bien imprégné, mais les images manquent de netteté.

Le malade quitte la clinique le 23 Décembre 1960.

Il est revu le 4 Février 1961. Il va très bien : bon appêtit, aucune douleur abdominale, évacuation de 2 à 3 selles par jours; abdomen cliniquement normal; par le toucher rectal, on perçoit toutjours à bout de doigt, un peu à gauche, une induration persistante. La rectoscopie ne montre rien d'anormal, mais on bute en haut sur une zone dure. Le 4 Avril 1961, l'examen clinique fournit les mêmes données; le malade évacue toujours 2 ou 3 selles par jour.

Il est réhospitalisé le 14 Avril 1961. Une cystocopie est normale.

Intervention le 20 Avril 1961 (Dr B. Roy) médiane sous-ombilicale. On trouve dans le pelvis le sigmoïde réalisant une masse inflammatoire. Adhérences résicales facilement clivées. Le clivage ouvre, au niveau du Douglas, un petit récessus qui contient quelques dépôts

fibrineux, répondant vraisamblablement à l'ancien abcès du Douglas ouvert spontanément. Il semble que ce récessus soit borgne et ne communique pas avec le rectum sous-jacent. Les lésions sont relativement peu étendues en hauteur. On pratique une colectomie sigmoïdienne segmentaire, avec anastomose colo-rectale haute en deux plans. Dérivation colique gauche sur baguette pour réaliser un anus excluant. Mèche dans le Douglas.

L'examen anatomo-pathologique (Dr Jobard) confirme le diagnostic de diverticulose.

Fermeture de l'anus colique gauche en Avril 1961.

Allait bien en Mai 1962.

Au total : abcès péri-diverticulaire spontanément evacué. Colectomie sigmoïdienne segmentaire sous couvert d'un anus gauche secondairement refermé. Bons résultats. Temps de surveillance ; 1 an.

OBSERVATION N°18 : Mme KIE... Marie, 63 ans.

Malade examinée pour la première fois le 15 Mai 1959. Entre 30 et 48 ans, elle a fait de nombreuses coliques hépatiques qui avaient ensuite totalement cessé.

Cinq semaines auparavent, à la suite d'une colique hépatique, elle fait un épisode de cholécystite aiguë, fébrile, non ictérigène, qui fut traité par le chloramphénicol. Au moment de l'examen, elle ne souffrait plus spontanément, mais tout le secteur droit du ventre était nettement moins souple que le gauche, la région vésiculaire était très douloureuse à l'appui. On notait aussi une cicatrice d'hystérectomie pour fibrome pratiquée en 1939. Des clichés montrent la présence de quatre énormes calculs.

Hospitalisée le 19 Mai 1959, on constate une sensibilité vive de la région sous-hépatique et de l'hypochondre gauche. Par le toucher rectal, à bout de doigt, il semble exister une induraction perceptible à travers la muqueuse rectale. Rectoscopie normale. Lavement baryté : encoche suspecte sur le sigmoïde.

Intervention (Dr B. Roy - 2 Juin 1959) : médiane latéro-ombilicale : vésicule calculeuse, induration sigmoïdienne; on prolonge vers le bas. Résection colo-sigmoïdienne avec anastomose colo-rectale. Anus transverse sur baguette. Drainage par drain - mèche sous péritonéal avec dopination par drain de Redon.

L'examen anatomo-pathologique note que la résection a été de 23 cm; il existe un diverticule enflammé, entouré d'une zone de suppuration voie d'extension et d'un autre diverticule non enflammée de 1 cm de diamètre environ, rempli de matières fécales. L'examen histolo-

gique confirme le diagnostic de diverticulite et exclut l'hypothèse d'un cancer.

Suites opératoires normales.

Réintervention le 12 Août 1959 pour fermer l'anus et pour pratiquer une cholécystectomie. Suites opératoires normales.

Le 10 Septembre 1961, la malade va tout à fait bien et n'a absolument aucun trouble digestif.

Au total : chez une malade présentant une cholécystite calculeuse, découverte d'une lésion sigmoïdienne non identifiée. Dans un premier temps, résection colo-sigmoïdienne pour diverticulite sigmoïdienne sous couvert d'un anus transverse. Dans un second temps, fermeture de l'anus et cholécystectomie. Excellents résultats. Temps de surveillance : 2 ans.

C H A P I T R E - III

Résultats

Ces résultats seront successivement analysés du point de vue clinique et du point de vue radiologique. Nos malades, que nous avons pu suivre pendant des laps de temps allant de 3 :
eu, sauf cinq, un contrôle radiologique du cadre colique, dans les mois ou dans les années qui ont suivi la résection.

I - RESULTATS CLINIQUES

Sur le plan clinique, nous grouperons nos résultats sous trois rubriques :

- les mauvais résultats,
- les résultats moyens,
- les bons résultats.

L'ensemble de nos constatations cliniques est résumé dans le tableau n° 4.

	NOMBRE de CAS
Mauvais résultats	1 (Observation 2)
Résultats moyens	5 (Observations 1, 3, 6, 4, 7)
Bons résultats	12 (Observations 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13 14, 15, 16, 17, 18)

Tableau n° 4 - Résultats cliniques

A - Les mauvais résultats : un cas

Nous n'avons pas eu à déplorer, dans cette série de malades des suites opératoires ayant entrainé un décès dans les jours qui suivaient l'intervention.

Toutefois, une évolution rapidement défavorable, qui aboutit à la mort, a été notée dans l'observation n°2. Il s'agissait d'un sujet de 70 ans, présentant une énorme cyphose et une insuffisance cardiaque avec coeur pulmonaire chronique. Au départ, l'état général de ce malade était donc médiocre, d'autant plus qu'il avait présenté de la diarrhée et une hémorragie intestinale. Quelques jours après l'intervention, une diarrhée importante apparut, qui ne céda qu'aux corticoïdes. C'est alors que se créa une nécrose totale du spincter anal qui obligea à pratiquer l'ouverture d'un anus gauche. Le malade mourut quelques semaines plus tard dans un état de cachexie et de deshydratation irréversibles.

II - Les résultats moyens:

Ces résultats moyens concernent cinq de nos observations (observations n° 1, 3, 4, 6, 7).

Sous cette rubrique, nous grouperons tous les cas où persistent des troubles digestifs. Ces troubles s'avèrent être très variables d'un sujet à l'autre; il peut s'agir de troubles banals, améliorés par le traitement médical ou bien d'épisodes aigus, ceux-ci pouvant ailleurs de greffer sur un tableau de colopathie chronique.

1°) Episodes aigus :

Trois de nos malades (observations n°3, 4, 7) ont eu des épisodes de ce genre. Il s'est, dans tous les cas, agi d'un syndrome subobstructif qui disparut après traitement médical.

L'analyse de ces traois cas est fort instructive, en ce sens que la cause probable de l'accident aigu paraît chaque fois différente.

C'est ainsi que l'épisode occlusif, survenu à notre cas n°3, six ans après résection, est vraisemblablement à mettre sur le

compte d'une bride, chez cette malade lardée de cicatrices et qui eut plusieurs fistules stercorales pendant de longues semaines.

Tout autre paraît être l'explication à donner pour l'épisode subobstructif présenté par notre observation n°4 : trois ans après résection, cette malade fait une poussée fébrile, accompagnée de météorisme abdominal. Il s'est agi d'un accident à la fois obstructif et infectieux, ce qui peut logiquement être mis sur le compte d'une nouvelle poussée de diverticulite. Cette hypothèse a pour argument l'existence radiologiquement contrôlée d'un ou deux petits diverticules dans la région sigmoïdo-iliaque, la zone de résection apparaît normale.

Enfin, le troisième épisode aigu que nous avons observé (cas n°7) est survenu quelques mois après la résection. Il semble ici logique d'incriminer la zone de suture elle-même, car, au moment de la crise subobstructive, celle-ci est apparue partiellement sténosée. Il est probable qu'il s'est agit de phénomènes oedémateux, régressifs, puisqu'un contrôle ultérieur a montré une normalisation des images radiologiques.

Au total, les trois épisodes aigus, d'allure subobstructive, semblent avoir correspondu à des étiologies diverses : bride, poussée de diverticulite, oedème de la zone d'anastomose.

Ils semblent résumer les principales causes d'accidents que l'on peut observer après résection pour sigmoïdite diverticulaire.

2°) Troubles résiduels banals :

Ces troubles ont existé chez 3 de nos malades (observations 1, 6, 7) qui ont continué à se plaindre de troubles du transit malgré l'intervention.

Dans un premier cas (observation 1), les troubles consistent en douleurs de la fosse iliaque gauche, procédant par poussées évoquant une participation spasmodique, ce qui sera d'ailleurs confirmé

par les contrôles radiologiques qui furent ici nombreux. Le malade émet des selles souvent pâteuses, parfois diarrhéiques, volontiers déclenchées par une émotion ou une contrariété. C'est donc ici le tableau d'une colopathie spasmodique gauche résiduelle.

Dans le second cas (observation n°6), il s'agit de troubles peu importants du transit intestinal avec ici encore une participation spasmodique (émission de selles répétées, peu abondantes, rubannées avec sensation d'éxonérations incomplètes); il s'y joint une sensation de gêne et de gonflement fréquents de l'épigastre.

Dans l'observation n°7, déjà citée en raison de la survenue d'une crise subobstrutive résolutive quelques mois après l'intervention, on nota l'apparition de troubles digestifs deux ans après la résection (douleurs abdominales, constipation, météorisme, peu soulagés par le traitement médical).

Ainsi, les troubles résiduels chroniques que nous n'avons observés que dans 3 cas, semblent essentiellement à mettre sur le compte d'une colopathie spasmodique, ce qui n'a rien d'étonnant, si l'on veut bien considérer que la diverticulite sigmoïdienne n'est qu'un accident localisé sur un intestin présentant des lésions beaucoup plus diffisuses et qui peuvent être considérées plus comme la cause que comme la consequence de la diverticulose.

C - Les bons résultats :

Douze cas sur 18 ont eu une évolution très favorable après résection (observations 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Ces malades, dans le temps de notre observation, n'ont présenté aucun trouble digestif.

Le recul est extrêmement variable, puisqu'il s'étale entre cinq mois et cinq ans. On ne peut évidemment pas prétendre qu'il

s'agit pour ces sujets d'une guérison définitive, puisque nous avons vu au paragraphe précédent , que des incidents peuvent survenir longtemps après intervention (six ans dans l'observation n°3).

Ce qui, en fait, est important, c'est que, dans les deux tiers des cas que nous avons observés, l'intervention n'a été suivie d'aucune séquelle. Et cela doit entrer en ligne de compte dans l'indication à opérer d'une diverticulose colique compliquée. Il est actuellement logique de préconiser l'intervention non seulement pour les diverticulites compliquées de perforation, d'abcès, d'occlusion, nous aussi pour les diverticulites émaillées d'incidents mineurs, mais qui se répètent. Ainsi pourra-t-on diminuer la multiplication des temps opératoires encore trop souvent nécessaires.

II - Résultats radiologiques :

Il nous a paru important de connaître l'aspect radiologique du colon après résection pour diverticulite. C'est là une étude qui ne semble pas avoir été entreprise. Il est pourtant intéressant de savoir s'il persiste des images diverticulaires, d'autant plus que ces diverticulites résiduels peuvent à leur tour être la cause de complications : dans leur rapport, E. HENRY et G. EDELMANN en ont rassemblé plusieurs exemples.

La plupart de nos malades ont subi des examens radiologiques de contrôle après intervention. Dans 5 cas (observations 2, 15, 16, 17, 18), ce contrôle n'a pu être effectué. Il reste 13 malades dont nous avons pu connaître l'image radiologique de leur gros intestin après résection.

Nous rassemblerons ces observations radiologiques sous trois rubriques :

- disparition des images diverticulaires,
- persistance d'images diverticulaires,
- réapparition secondaire d'images diverticulaires.

Ces résultats sont consignés dans le tableau N°5.

	NOMBRE de CAS (13)
Disparition des diverticules	5(Observations 6, 8, 9, 10, 11)
Peristance de diverticules	6(Observations 3, 4, 5, 12, 13, 14)
Réapparition de diverticules	2(Observations 1, 7)

Tableau n° 5 - Contrôles radiologiques post-opératoires

2°) Disparition des images diverticulaires :

Cette disparition a été notée 5 fois sur 13 (Observations 6, 8, 9, 10, 11), c'est-à-dire dans plus d'un tiers de nos cas.

Dans l'observation n°6, le colon sigmoïde était le siège de nombreux images diverticulaires. Il n'existait plus de diverticules visibles sur des clichés de contrôle pratiqués neuf mois après l'intervention.

Dans l'observation n°8, des clichés pré-opératoires n'avaient pas permis de déceler de diverticules. C'est seulement en cours d'intervention que deux diverticules furent ouverts. Quatre mois plus tard, le sigmoïde apparaissait radiologiquement normal. Cette observation illustre bien le fait connu de l'effacement d'images diverticulaires lors de poussées inflammatoires.

Dans l'observation n°9, un contrôle radiologique fut pratiqué 15 mois après colectomie segmentaire : aucune image diverticulaire n'était visible; par contre on notait une petite imagination au niveau de la zone de résection, sans retentissement sur la réplétion ni sur l'évacuation du cadre colique.

Dans le cas de l'observation n°10, le recul fut de 3 ans et dans celui de l'observation n°11, il fut d'un peu plus de deux ans.

Dans tous ces cas, sauf un (observation 6) où le malade présente quelques troubles intestinaux banals résiduels, il n'a été observé aucune séquelle opératoire, les malades n'ont aucun trouble.

2°) Persistance d'images diverticulaires :

Dans 6 cas sur 13, soit environ la moitié de nos cas (observations 3, 4, 5, 12, 12, 14), des images diverticulaires ont été visibles sur les clichés de contrôle après résection sigmoïdienne.

L'analyse de ces cas nous paraît très instructive, car elle montre qu'il existe plusieurs ordres de faits.

Il peut tout d'abord s'agir d'une diverticulose colique généralisée, compliquée au niveau du segment sigmoïdien. On sait en effet que le sigmoïde est le lieu de prédilection des complications de la diverticulose colique; c'est presque toujours à ce niveau qu'on les observe. Ce fut le cas de trois de nos malades (observation 3, 12, 13) chez qui, sur les clichés de contrôle pratiqués après résection, de nombreuses images diverticulaires étaient encore visibles non seulement sur le colon gauche, en amont de l'anastomose, mais aussi sur le colon transverse, voire sur le colon droit.

Dans les trois autres cas, il s'agissait d'une diverticule localisée au secteur sigmoïdo-iliaque uniquement. Dans l'observation n°4, il persistait deux diverticules dans la région sigmoïdo-iliaque. Dans le cas de l'observation n°5, nous ne possédons pas de lavement baryté pré-opératoire, le malade ayant été opéré d'urgence pour une occlusion intestinale ; mais, quinze mois après l'intervention, on notait la présence d'un petit diverticule en amont de la zone d'anastomose. Il en est de même de notre observation n°14 où fut laissé en place un petit diverticule en amont de la résection.

Chez 5 de ces 6 malades, des résultats favorables furent

observés. Seule la malade de l'observation n°3 a du être réhospitalisée cinq ans après l'intervention pour un épisode subocclusif qui a, du reste, bien réagi au traitement médical.

On peut donc en déduire, du moins dans les limites de notre étude, que le fait d'avoir laissé des diverticules en place n'implique pas une évolution ultérieure plus sévère.

Nous nous trouvons en accord avec LEIGN, JUDD et WAUGH qui estiment que "les diverticules souvent laissés dans la portion proximale du colon après résection n'ont apparemment aucune influence sur l'évolution finale".

3°) Réapparition d'images diverticulaires :

Dans deux cas (observations 1 et 7), nous avons assisté à la réapparition d'images diverticulaires.

L'observation n°1 est particulièrement intéressante à cet égard : un mois après résection, les clichés de contrôle ne montraient plus aucune image diverticulaire; mais, trois mois plus tard, deux toutes petites images diverticulaires apparaissaient sur le colon gauche, en amont de la résection. Sept ans plus tard, on notait la présence d'un petit diverticule sur le colon iliaque et de deux ou trois autres sur le colon gauche.

Il en est de même pour l'observation n°7 où deux diverticules sont secondairement apparus au niveau de la zone de résection deux ans après l'intervention.

Tout s'est donc passé pour ces deux malades, comme si, malgré la résection, la maladie diverticulaire restait évolutive. Et c'est d'ailleurs bien ce que confirme la clinique car, dans ces deux cas, il a persisté des troubles après l'intervention : notre premier malade conserve une colopathie spasmodique gauche, pour le moment bien

colmatée par le traitement médical; notre second malade a fait une poussée subocclusive quelques mois après la résection et, deux ans plus tard, il se plaignait encore de douleurs abdominales, de constipation, de météorisme de l'abdomen, difficilement améliorés par le traitement médical.

Il apparaît ainsi que des contrôles radiologiques systématiques sont indispensables chez tous les malades qui ont subi une résection pour diverticulite sigmoïdienne, car on peut acquérir grâce à eux, la notion d'une maladie évolutive ou au contraire stabilisée.

On peut conclure de ce fait que la suppression des diverticules risque de provoquer une guérison complète. Par contre, l'apparition de nouveaux diverticules, témoins d'une maladie diverticulaire évolutive, se traduira par des troubles intestinaux plus ou moins importants, avec l'arrière pensée qu'un jour ou l'autre une complication plus ou moins sévère peut tout à coup survenir:cette dernière catégorie de malades doit donc être soumise de longues années à des contrôles radiologiques systématiques, et, bien entendu, à un traitement médical continu.

C H A P I T R E - IV

Commentaires

Au terme de cette étude clinique et radiologique de l'évolution des diverticulites sigmoïdiennes opérées par résection, un certain nombre de réflexions peuvent être suggérées à la lumière des résultats.

Nous nous bornerons à commenter quelques questions soulevées par cette étude :

- les résultats opératoires,
- confrontation clinico-radiologique post-opératoire,
- le problème de l'étendue de la résection.

I - Les résultats opératoires

En matière de sigmoïdites diverticulaires, deux point nous paraissent importants à analyser : la multiplicité des actes opératoires, les résultats à lointaine échéance. En fonction des données de cette analyse, peut-être pourrons nous dessiner une ligne de conduite plus bénéfique à cette catégorie de malades ?

Disons d'emblée que nous n'apporterons là rien de rien original et que nos constations recoupent la plupart de celles qui s'inscrivent actuellement dans la littérature.

1°) Multiplicité des actes opératoires :

Six de nos malades seulement ont été opérés en un temps. Les douze autres, soit les deux tiers ont subi des interventions multiples, qu'il s'agisse d'une dérivation temporaire suivie d'une résection ou d'une résection couplée à la création d'un anus de dérivation secondairement refermé. Dans un cas même (observation 1), il a fallu trois temps opératoires.

Ces interventions multiples ont été nécessités par la gravité

des tuniers consécutifs lors de la première opération : il s'agissait d'un processus inflammatoire, le plus souvent suppuratif.

Il semblait évident que la présence de ces interventions itératives devait peser très lourd.

Il semble bien à cet égard que la responsabilité du médecin soit très grande, car, dans nombre de cas, une intervention plus précoce aurait sans doute évité toutes les autres interventions itératives.

Dans ce cas, notre groupe est malade en fonction d'une part de la multiplicité des actes opératoires, d'autre part de l'ancienneté des antécédents (Tableau n°6).

	Antécédents de plus de 6 mois	Antécédents de moins de 6 mois
Interventions multiples	6 cas (Observations 1, 3, 4, 7, 8, 17)	6 cas (Observations 2, 12, 13, 14, 16, 18)
Intervention en un temps	1 cas (Observation 11)	3 cas (Observations 5, 6, 9, 10, 15)

Tableau n°6 - Etude comparée du nombre d'interventions en fonction de l'ancienneté des antécédents.

La lecture des chiffres présentés dans ce tableau nous apparaît heureusement encourageante. En effet, une intervention initiale, la résection en un temps a été possible dans 9 cas où les motifs à opérer étaient récents, datant de moins de 6 mois; dans un seul cas, les antécédents avaient dépassé ce chiffre. Par contre, dans six cas sur deux (6 contre 6), des interventions multiples furent nécessaires, alors que les antécédents étaient récents ou lointains.

Il apparaît donc vraisemblablement que la proportion des interventions itératives devrait pouvoir être réduite si l'acte opératoire avait été décidé plus tôt.

Aussi bien doit-on tirer de ces faits une conséquence pratique : compte-tenu de l'amélioration des techniques chirurgicales et de l'efficacité des antibiotiques actuellement utilisés, l'indication à opérer une sigmoïdite doit être maintement plus précoce : toute diverticulose sigmoïdienne se compliquant de poussées, même peu importantes, moins qui se répètent , est justifiable de l'intervention chirurgicale. L'étude de certaines de nos observations prouve qu'on a trop attendu et qu'en définitive ces malades ont fait les frais d'interventions itératives alors qu'une indication à opérer, posée quelques semaines ou quelques mois plus tôt, aurait permis de les guérir grâce à un acte chirurgical unique.

Avec Cole, nous pouvons conclure que "si l'on applique à la diverticulite les principes d'une chirurgie radicale précoce avec la même assiduité que dans d'autre domaines, la lithiase biliaire par exemple, il en résultera la même amélioration de la morbidité et de la mortalité, la même élimination rigoureuse des complications".

II - Confrontation clinico-radiologique post-opératoire :

Nos résultats semblent montrer que, lorsque des diverticules ont été laissés en place, en amont de la zone de résection, l'évolution clinique ne semble guére différente de celle que l'on observe lorsque la totalité des diverticules a pu être enlevée. Tout se passe comme si l'ablation de cette zone-charnière particulièrement irritable et fragile qu'est le sigmoïde suffisait à supprimer les méfaits de la diverticulose colique. Il faut cependant apporter un léger rectificatif : la peristance de diverticules peut être la cause, heureusement rare, d'une rechute d'accidents inflammatoires pouvant eux-mêmes imposer une réintervention.

Par contre, l'apparition de nouveaux diverticules après résection sigmoïdienne s'accompagne de la persistance ou de la reprise

des troubles intestinaux. Nous en avons observé deux cas.

A ce propos, deux explications sont possibles : ou bien la résection n'a pas été suffisamment étendue, ou bien la maladie diverticulaire reste franchement évolutive.

Nous reviendrons bientôt sur le problème de la longueur de la résection. On pourrait, dans l'observation n°1, incriminer une résection trop économique, puisqu'elle n'a été que de 12 cm. On ne peut en dire autant de notre second cas (observation n°7), dont la résection fut de 40 cm et pourtant de nouvelles images diverticulaires apparurent rapidement.

Il ne semble donc pas que l'étendue de la résection soit ici particulièrement en cause. Et il apparaît bien qu'en fait, l'apparition de nouvelles images diverticulaires soit le témoin d'un processus évolutif de la maladie, ce dont témoigne l'existence de troubles colopathiques.

Du point de vue pratique, il faut retenir la nécessité d'examens systématiques au cadre colique après résection pour diverticulite sigmoïdienne. Cela semble une évidence. En fait, il s'avère très difficile de les obtenir de ces malades dans bon nombre de cas.

III - Le problème de l'étendue de la résection :

Nous avons vu que pour les 14 malades dont nous connaissons de façon précise l'étendue de la résection colo-sigmoïdienne, les chiffres oscillaient entre 12 et 40 cm, et que, dans 10 cas sur 14, la résection avait une longueur de 16 à 15 cm.

Du point de vue pratique, le probleme se présente au chirurgien sous deux aspects : ou bien la lésions qu'il observe se présente comme un cancer ou comme suspecte de cancer; ou bien il est sûr de sa bénignité. Il est évident que la conduite qu'il adoptera sera différente selon les cas :

1°) La lésion se présente comme un cancer ou il y a suspicion de lésion cancéreuse :

Il peut arriver, et chaque chirurgien a été à même de le constater, que les examens pré-opératoires, si poussés et répétés qu'ils aient put être, laissent planer un doute sur la nature de la lésion et que même l'exploration chirurgicale minutieuse ne puisse conclure à la bénignité de la lésions.

Dans ce cas, il est évident que la conduite à tenir se résume en une intervention large, à visée carcinologique.

2°) La lésion est sûrement bénigne : à n'en pas douter, il s'agit d'une sigmoïdite diverticulaire; les clichés pré-opératoires, les constations pré-opératoires ne laissent planer aucun doute sur la bénignité de la lésion.

Dans ces conditions, la longueur de la résection doit être d'au moins 15 cm et, en fait, s'étendre entre 15 et 25 cm. Ce fut le cas, nous l'avons vu, de la plupart de nos malades. C'est également l'opinion de LEIGH, JUDD et WAUGH qui préconisent une résection de 15 à 20 cm de colon. De même, RODKEY et WELCH conseillent une résection de l'ordre de 20 cm.

En ce qui concerne cette longueur théorique de résection, elle peut être malgré tout assez variable, à la condition d'avoir au moins 15 cm. En effet, nos propres constations montrent qu'il n'existe aucun parallélisme entre l'importance de la résection et les résultats post-opératoires. Nous avons vu que la notion du diverticulose évolutive (impossible d'ailleurs à préciser avant ou au cours de l'intervention) était beaucoup plus importante que l'étendue de la résection.

Toutefois, un probleme pratique se pose à l'opération, c'est celui de savoir où placer le trait de section superieur. En effet, le trait inférieur est facile à situer : au niveau de la charnière recto-

sigmoïdienne, puisqu'on sait que le rectum n'est jamais (ou pratiquement jamais) le siège de formations diverticulaires.

Il peut n'en être pas de même pour ce trait de section supérieur. Si l'on a acquis, par les examens pré-opératoires et per-opératoires que la diverticulose est strictement localisée à la zone inflammatoire, la décision est facile à prendre, et, selon l'étendue de la sigmoïdite, l'ablation de 15 à 20 cm d'intestion est suffisante. Par contre si l'on acquiert la notion que la diverticulose déborde largement en amont la zone inflammatoire, une résection plus etendue paraît logique : on pourra être ainsi amené à pratiquer une résection enlevant le sigmoïde et le colon iliaque, l'expérience prouvant qu'en amont une complication diverticulaire est exceptionnele (huit fois sur les 237 cas rassemblés par E. HENRY et G. EDELMANN). Il serait évidemment non seulement dangereux, mais illogique, de faire une colectomie totale pour une diverticulose généralisee.

Comme toujours en médecine, il apparait qu'il s'agit d'une affaire de cas nécessitant pour chacun sa propre solution.

C O N C L U S I O N S

A partir de 18 ans, nous avons étudié les résultats éloignés des sigmoïdites diverticulaires, traitées par résection. Le recul a été de 3 semaines à 10 ans.

1°) Sur le plan clinique : nous n'avons observé qu'un mauvais résultat (décès quelques semaines après l'intervention). Dans 5 cas, on observe la persistance ou la survenur de troubles intestinaux, soit aigus et d'allure subobstructive, soit chroniques évoquant une colopathie spasmodique banale.

2°) La qualité des résultats ne semble pas être fonction de la longueur de la résection, ni de persistance de diverticules après résection. Par contre, les contrôles radiologiques semblent permettre de dégager une notion intéressante : lorsqu'il apparaît de nouvelles images diverticulaires après intervention, il persiste des troubles colopathiques plus ou moins importants, témoignant d'une diverticulose évolutive qui risque éventuellement de se compliquer plus tard.

3°) C'est dire la nécessité d'une surveillance radiologique systématique après résection pour diverticulite sigmoïdienne.

4°) La responsabilité du médecin dans l'indication à opérer est très importante. Grâce aux progrès de la technique chirurgical et de l'antibiothérapie, l'intervention doit être conseillée plus précocément, avant que n'apparaissent des complications, dont la survenue oblige bien souvent à la multiplication des actes opératoires.

Les résultats à long terme sont dans l'ensemble excellents et l'idéal serait en effet que les malades atteints de diverticulite sigmoïdienne trouvent la guérison au prix d'une résection en un temps.

B I B L I O G R A P H I E

1- BACON H.E. et BERKLEY J.L. :

The surgical managment of diverticulites of the colon with particular reference to rehabilitation

Arch. Surg. 1960, 80 (4) : 646-649.

2 - BAON H.E. et Mc GREGOR R.A. :

Diverticulitis and its surgical management.

Surgery, 1961, 49 (5), 676-680.

3 - BACON H.E. et VALIENTE M.A. :

Surgical management of diverticulitis.

Amer. J. Surg. 1956, 91 (2), 178-183.

4 - BERRY R.E. et SANISLOW C.A. :

Diverticulitis of the colon. A practical evaluation of primary one stage resection.

Amer. J. Surg. 1961, 101 (1), 66-69.

5 - BERTRAND J. et BRIZON J. :

La diverticulose colique.

Rev. med. Tours, 1961, 1 (1), 11-36.

6 - BOYDEN A.M. :

Two stage (obstructive) resection of the sigmoïd in selected cases of complicated diverticulitis.

Ann. Surg. 1961, 154 (6), 210-214.

7 - CARCASSONNE F. :

Accidents chirurgicaux en rapport avec les diverticules sigmoïdiens.

Arch. Mal. App. Dig. 1951, 40 (12), 1944 -1946.

8 - CHAUMERLIAC H. :

A propos du traitement conservateur des sigmoïdites aiguës. Gaz. Méd. France, 1965, 72 (9), 1819-1826.

9 - DARMAILLACQ R. :

Trois cas de complications aiguës de diverticulites du gros intestin.

Arch. Mal. App. dig. 1953, 42 (7-8), 1010-1012.

10 - DEBRAY Ch., HARDOUIN J.P. et DECORTE A.:

Les indications chirurgicales au cours de la diverticulose colique.

Vie méd. 1961, 42, 329-341.

11 - DELORD P. :

Sigmoïdite diverticulaire prise pour un cancer. Difficulté de la décision thérapeutique.

Arch. Mal. App. dig., 1954, 43 (1), 75-80.

12 - DEMOLE M. et CHU-CHEN K.:

L'avenir des diverticuloses et diverticulites sigmoïdiennes Gastroenterologia, 1964, 101 (4), 259-266.

13 - DONALD D.C. :

Current trends in the surgical treatment of diverticulitis of the colon. A review of thirty seven cases.

Ann. Surg. 1961, 153 (3), 373-377.

14 - DUBOURG E. :

La diverticulose colique. Formes médicales. Clinique et thérapeutique.

Arch. Mal. App. dig., 1951, 40, 1398-1403.

15 - EDELMANN G. :

La place de la chirurgie dans le traitement des diverticulites sigmoïdiennes.

L'Hôpital, 1965 - Hors série, 53, 533.

16 - FISHER R., PETRI H. et FRIEDEL C.:

Klinick und Behandlung der Colondivertikel (Beucht über 12 eigene Beobachkungen)

Gastroenterologia, 1964, 101 (6), 339-356.

17 - GILCHRIST R.K. et ECONOMOU S. :

Surgical treatment of diverticulitis of colon.

Arch. Surg., 1955, 70 (2), 276-279.

18 - GIRARD M.:

Une maladie de la deuxième moitié de la vie : la sigmoïdite

J. méd. Lyon, 1962, 43, 1545-1554.

19 - GOFFINR et FABRY G.:

Remarques sur la chirurgie des sigmoïdites diverticulaires.

Lyon Chir., 1961, 57 (5), 719-727.

20 - GOODWIN F.H. et COLLINS E.N.:

Diverticulosis of the colon. Review of 726 consécutive cases.

Cleveland Clin. Quart, 1948, 15, 194-201.

21 - GREENE W.W.:

Diverticulitis of the colon. Radical vs conservatice treatment.

Arm. J. Surg., 1957, 94 (2), 282-289.

22 - HARDOUIN J.P. :

Les sigmoïdites.

Conc. med. 27 Oct. 1951, 3579-3585.

23 - HARTLEY R.C. :

An estimation of the place of resection in avoidance of complications.

Brit. J. Surg. 1964, 51 (1), 45-49.

24 - HENDRICK J.W. :

Surgical treatment of diverticulitis of the colon.

Southem Med. J., 1957, 50, 34.

25 - HENRY E. et EDELMANN G. :

Traitement chirurgical des sigmoïdites. Rapport pour le 64° Congrès de Chirurgie, 1962.

26 - HOLLENDER L. et ADLOFF :

Les diverticulites du sigmoïde et leurs complications. Strasbourg Méd. 1963, 14 (7), 598-604.

27 - HORNER J.L. :

A study of diverticulites of the colon in office practice. Gastroenterology, 1952, 21, 223-229.

28 - HORNER J.L. :

Natural history of divertilosis of the colon. Am. J. Dig. Dis (nouvelle série), 1958, 3 (5), 343-350.

29 - HUGUES E.S.R., CUTHBERTSON A.M. et CARDEN A.B.G. :

The surgical management of a cute diverticulitis. Med. J. Austr., 1963, 50 (21), 780-782.

30 - JEW E.W. et HARBISON S.P. :

Resection for diverticular disease of the sigmoïd colon. Arch. Surg. 1960, 81, (3), 435-443.

31 - JUDD E.S. Sr et MEARS T.W. :

Diverticulitis progress toward wider application of single stage resection.

Arch. Surg., 1955, 70, 818-825.

32 - JUDD E.S. et SMITH M.P. :

Present trends in surgical treatment of diverticulis. Surg. Clin. North. Amer., 1957, 37, 1019-1027.

33 - JORDAN S.M. et BOLE R.S. :

Diverticulitis.

Modern Medical Hémographs , n°21. Grune and Stratton, New-York, 1960.

34 - LEIGH J.E., JUDD E.S. et WAUGN J.M. :

Diverticulis of the colon. Recurrence after apparently adequate segmental resection.

Arm. J. Surg., 1962, 103 (1), 51-54.

35 - LEPERE J. :

Les sigmoïdites diverticulaires (Leur traitement chirurgical à propos de 23 cas).

Thèse médecine, Paris, Juin 1955, 152 pages, dactyl.

36 - LEPERE J. :

Les sigmoïdites diverticulaires. Leur traitement chirurgical (A propos de 23 cas).

Rev. Chir., 1955, 74 (9-10), 276-315.

37 - LOYHUE J. :

Diverticulose sigmoïdienne et sigmoïdites.

Rev. Prat., 1965, 15 (12) : 1655-1663.

38 - LOYGUE J. et FOURNIER R.M. :

Diverticuloses du colon.

Encycl. Med. Chir. Estomac-Intestins, 9075 - B10.

39 - LOYGUE J. et SARRAZIN A. :

Les indications chirurgicales au cours des diverticuloses sigmoïdiennes.

Arch. Mal. App. dig., 1956, 45 (3), 278-293.

40 - Mc CUNE W.S., IOVINE V.M. et MILLER D. :

Resection and primary anastomosis in diverticulitis of the colon.

Arm. Surg. 1957, 145 (5), 683-688.

41 - MAYO C.W. et BLUNT C.P. :

The surgical management of the complications of diverticulitis of the large intestine analysis of 202 cases.

Surg. Clin. North Amer, 1950, 30 (4), 1005-1012.

42 - NEAL J.W. Jr :

Diverticulitis of the colon and its surgical management.
Surgery, 1951, 30 (4), 606-620.

43 - PAINTER N.S. et TRUELOVE S.C. :

Potential dangers of morphine in acute diverticulitis of the colon.

Brit. Med. J., 1963, 5348, 33-34.

44 - PAINTER N.S. et TRUELOVE S.C. :

The intraluminal pressure patterns in diverticulosis of the colon. I. - Rasting pattens of pressure.

GUT, 1964, 5, 201.

45 PAINTER N.S. et TRUELOVE S.C. :

The intraluminal pressure patterns in diverticulosis of the colon II. The effet of morphine.

Gut. 1964, 5, 207.

46 - PAINTER N.S. et TRUELOVE S.C. :

The intraluminal pressure patterns in diverticulosis of the colon III. The effet of prostignisne.

Gut. 1964, 5, 365.

47 - PAINTER N.S., TRUELOVE S.C, ARDRAN G.M. et TUCKEY M. :

Legmentations and the localization of intraluminal pressures in the human colon, with special reference of the pathogenesis of colonic diverticula.

Gastroenterology, 1955 - 49 (2) ; 169-177.

48 - PONKA J.L. et SHALLAN A.K. :

Changing aspects in surgery of diverticulitis.
Arch. Surg. 1964, 89 (1), 31-42.

49 - QUINN W.C. :

Gross hemarragae and presumed diverticular disease of the colon : resultats of treatment in 103 patients.

Ann. Surg. 1961, 153 (6), 851-860.

50 - RODKEY G.V., WELCH C.E. :

Diverticulitis of the colon uolution in concept and thérapy.
Surg. Clin North Amer. 1965, 45 (5) Oct. 1231-1243.

51 - BON SDAHL M.M. et COLE W.H. :

Diverticulis of the colon. Recent chirurgical experiences.
Arch. Surg. 1963. 86 751.

52 - ROUX G. et RAPP :

Le traitement chirurgical des diverticules du colon ilio-pelvien.

Arch. Mal. App. dig. 1901, 40 (12), 1426-1437.

53 - SMITH L.R. et GARRET C.M. :

Surgical trends in diverticulitis.
Amer. J. Proet 1960, 11 315.

54 - STRENGER G. :

Elective resection for sigmoïdal diverticulis.
Am. J. Surg. 1957, 94 (4), 577-583.

55 - WAUGH J.M. et WALT A.J. :

An appraisal of one stage antérior resections in diverticulitis of the sigmoïde colon.

Surg. Gyn. Obst. 1957, 104 (6), 690-698.

56 - WAUGH J.M. et WALT A.J. :

One stage anterior resection in diverticulitis of the sigmoïd.

Surg. Clin. N Amer. 1959, 39 (5), 1281-1290.

57 - WELCH C.E., ALLEN A.W. et DONALDSON C.A.:

Estimations of resection of the colon for diverticulitis of sigmoïd.

Ann. Surg. 1953, 138 (3), 332-343.

VU, le Président de Thèse

Professeur P. VIALLE

VU, le Doyen de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Tours

Professeur G. DESBUQUOIS

VU, et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie
Président du Conseil de l'Université
d'Orléans-Tours

G. ANTOINE